# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS

# THÈSE 435

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR


M^LLE SOPHIE GOLDENFANN

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

*Née à Bakou (Russie) le 17 Février 1887*


## Contribution à l'Étude

# DES BRONCHO-PNEUMONIES

Prolongées, Cachectisantes

## PSEUDO-TUBERCULEUSES

### CHEZ L'ENFANT

**Et en particulier de leur Diagnostic**

**avec les Broncho-Pneumonies Tuberculeuses**

*Président :* M. le Professeur MARFAN.


PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

*26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)*

(Anciennement 8, rue Casimir-Delavigne

1912

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pahologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>GILBERT<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | |
| Clinique chirurgicale | Pierre DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN |

## Agrégés en exercice

MM

BALTHAZAR
BERNARD
BRANCA
BRINDEAU
BROCA André
BRUMPT
CAMUS
CARNOT
CASTAIGNE
CHEVASSU
CLAUDE
COUVELAIRE
DESGREZ
DUVAL Pierre
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
JEANNIN
JOUSSET André
LABBE Marcel
LANGLOIS
LAIGNEL-LAVASTINE
LECÈNE
LENORMANT
LEGUEUX
LERI
LŒPER
MACAIGNE
MAILLARD
MORESTIN
MULON
NICLOUX
NOBECOURT
OKYNCZYC
OMBREDANNE
PROUST
RATHERY
RETTERER
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIÈRE
SCHWARTZ
SICARD
TERRIEN
TIFFENEAU
ZIMMERN

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

INGÉNIEUR DES MINES

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA SŒUR

LE DOCTEUR ANTOINETTE GOLDENFANN

A MA GRAND'MÈRE

A MONSIEUR DOURNEFF

INGÉNIEUR DES MINES

*En témoignage de ma profonde reconnaissance pour l'amitié et l'intérêt qu'il m'a toujours portés.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/comtributionletu0017vari

A mon Président de Thèse

## MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS - MALADES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En le remerciant du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :**

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND
CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD
ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE GENDRE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LARIBOISIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIREDEY
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEZANÇON
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ
MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER

MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MARTEL
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR LIAN
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

# INTRODUCTION

« Quand MM. Landouzy et Queyrat ont déclaré que la tuberculose pulmonaire était très fréquente dans le premier âge, que beaucoup d'enfants considérés comme morts de broncho-pneumonie n'étaient que des tuberculeux, tous les médecins d'enfants ont été surpris. Ceux qui ouvrent systématiquement tous les cadavres ne tardent pas à s'assurer de la rareté relative de la tuberculose pulmonaire au-dessous de deux ans, et surtout au-dessous de un an, et de l'extrême fréquence à cet âge de la broncho-pneumonie. Ils constatent en même temps les lésions nodulaires qui peuvent induire en erreur, et ils restent convaincus que l'opinion de MM. Landouzy et Queyrat est empreinte d'exagération. Ces auteurs n'ayant voulu se guider que sur les lésions bactériologiques et expérimentales ont fait fausse route ; ils ont pris pour des tuberculeux de simples broncho-pneumoniques, et quand ils sont tombés sur des tuberculeux, ils ont rapporté à la bacillose toutes

les lésions rencontrées, même celles qui dépendaient d'un processus banal et non spécifique. »

Ainsi s'exprime Monsieur le docteur COMBY [1]. Le jugement que cet auteur porte sur l'affirmation de MM. Landouzy et Queyrat nous semble résumer l'opinion la plus habituellement admise sur ce point par les pédiâtres, à savoir que les deux auteurs précités ont de beaucoup exagéré la fréquence des broncho-pneumonies tuberculeuses.

Nous voudrions aller plus loin encore et réduire un peu plus le domaine de la tuberculose infantile qui n'en restera pas moins vaste cependant.

Il existe en effet chez l'enfant des formes de broncho-pneumonie à évolution subaiguë, traînante, dont les signes physiques et surtout les signes généraux (amaigrissement, fièvre prolongée pendant plusieurs semaines avec oscillations irrégulières ; état cachectique simulant absolument la tableau classique de la phtisie) reproduisent si complètement la physionomie de la broncho-pneumonie tuberculeuse, que c'est là le diagnostic habituellement porté.

Mais si chez de tels malades on met en œuvre les méthodes de laboratoire dont l'application au diagnostic cliniqne est courante dans les services hospitaliers, il est impossible absolument de faire la

(1) COMBY. *Traité des maladies de l'enfance.*

preuve de la nature tuberculeuse de l'affection : l'examen des crachats en particulier ne permet en aucun cas de constater la présence du bacille de Koch.

Enfin, preuve plus certaine encore que l'échec des méthodes de laboratoire, parfois trompeuses, si on pratique l'autopsie de ces petits malades qui souvent aboutissent à la mort, on ne constate pas plus à l'examen macroscopique que par des investigations histologiques minutieuses l'existence de lésions bacillaires.

La thèse que nous soutenons, sans être tout à fait la contre-partie de celle proposée par MM. LANDOUZY et QUEYRAT, tend donc a faire admettre une opinion de sens opposé. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rappeler au début de ce travail cette hypothèse ancienne et de constater en même temps l'évolution des idées en matière de fréquence au point de vue de la tuberculose infantile.

Nous nous attacherons donc à l'étude des broncho-pneumonies dites prolongées, subaiguës, continues, traînantes, pseudo-tuberculeuses, dites encore cachectisantes par M. MARFAN, chez l'enfant. Ces différents termes ont été employés en effet par les auteurs pour décrire l'affection que nous étudions et doivent être considérés comme synonymes. Nous emploierons peut-être plus volontiers au cours de ce travail celui de broncho-pneumonies pseudo-tuber-

culeuses qui nous semble faire davantage image et indiquer que cette forme de broncho-pneumonie, bien que simulant cliniquement la tuberculose, n'en relève pas cependant.

Il nous semble nécessaire de distinguer de suite des broncho-pneumonies prolongées ou pseudo-tuberculeuses les broncho-pneumonies passées à l'état chronique ; celles-ci caractérisées anatomiquement par des lésions d'induration et de sclérose broncho-pulmonaire avec ectasies bronchiques concomitantes, n'ont pas d'individualité propre. Elles constituent bien plutôt une complication, une lésion d'évolution qui succède aux broncho-pneumonies aiguës, aussi bien d'ailleurs qu'aux broncho-pneumonies subaiguës ou pseudo-tuberculeuses. Si elles ont de ces dernières les signes physiques, elles n'en ont point les signes généraux, ni la fièvre, ni le retentissement sur l'état général ; elles doivent donc sans discussion possible être écartées du cadre de cette étude.

Après quelques mots d'historique, nous rappellerons brièvement l'étiologie de ces formes de broncho-pneumonies qui ne diffère d'ailleurs pas sensiblement de celle des broncho-pneumonies en général ; puis nous aborderons l'étude plus importante de leur symptomatologie et de leur évolution qui nous arrêtera plus longtemps. Nous nous attacherons ensuite au diagnostic, et ce point nous semble

particulièrement important à étudier puisque l'intérêt de ces formes réside précisément dans leur similitude avec la tuberculose, donc dans les nuances cliniques et surtout dans les méthodes de laboratoire qui permettront de poser précocement un diagnostic sûr, dont dépendra la possibilité d'instituer une thérapeutique efficace.

Nous résumerons en passant les quelques particuliarités anatomo-pathologiques que peuvent présenter ces formes de broncho-pneumonies, mais il y a bien peu à dire des lésions de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, puisque leur caractéristique réside surtout en un fait négatif, l'absence de lésions tuberculeuses.

Nous terminerons en rapportant quelques observations qui ont servi de base à ce travail. Ces observations nous ont été très obligeamment communiquées soit par Monsieur le professeur MARFAN ou Monsieur le docteur BOULLOCHE, dans le service duquel nous avons poursuivi cette étude, et qui nous a d'ailleurs lui-même inspiré le sujet de cette thèse.

## HISTORIQUE

L'historique des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses est de date relativement récente et lorsqu'on consulte les éditions anciennes des traités classiques, on ne lestrouve même pas mentionnés.

En 1878, BALZER [1] signale l'existence de broncho-pneumonies cachectiques.

Mais les termes dans lesquels il s'exprime font penser plutôt aux broncho-pneumonies chroniques avec dilatations bronchiques qu'à la broncho-pneumonie subaiguë qui nous occupe.

« Le malade, dit-il, tousse indéfiniment *pendant des années entières* et finit par prendre les allures d'un phtisique avec expectoration muco-purulente et signes de cavernes disséminées. »

JOFFROY [2] dans sa thèse d'agrégation de 1880,

(1) BALZER, Thèse de Paris 1878. Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie.

(2) JOFFROY. Thèse d'agrégation, Paris 1880. Des différentes formes de la broncho pneumonie.

décrivant les formes cliniques de la broncho-pneumonie, décrit une forme subaiguë qui nous semble bien devoir être rapprochée de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse que nous décrivons.

« On songe, dit-il, à la tuberculose à forme broncho-pneumonique, et en effet, l'ensemble général de la maladie justifie une pareille présomption. »

Mais à notre connaissance c'est MOREL qui le premier en 1891 [1] étudiant les broncho-pneumonies morbilleuses, signale l'existance de formes prolongées, qu'il caractérise ainsi :

« Lorsque la maladie dure ainsi pendant long-temps, l'amaigrissement devient extrême, les enfants présentent un aspect tout à fait analogue à l'état cachectique des petits tuberculeux et souvent on pense alors qu'il s'agit d'une phtisie consécutive à la rougeole. »

RENARD dans sa thèse [2] étudiant les broncho-pneumonie d'origine intestinale chez l'enfant, signale l'existance de formes prolongées, mais nulle part nous ne trouvons dans ses observations les signes de cachexie pseudo-tuberculeuse qui caractérisent la forme que nous décrivons.

G. ROSENTHAL en 1902 [3] fait une étude de la

(1) *Gazette Médico-Chirurgicale de Toulouse, 1891.*
(2) Thèse de Paris, 1891-1892.
(3) *Revue de Médecine, 1902.*

broncho-pneumonie continue chez l'adulte. Il décrit surtout des cas de broncho-pneumonie d'origine intestinale.

En 1903 [1] il rapporte de nouvelles observations de broncho-pneumonie continue dont une chez l'enfant et prononce en décrivant les signes généraux le mot de cachexie « pseudo-tuberculeuse. »

MOURIQUAND en 1908 étudiant le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantilé accorde une mention assez importante au diagnostic des broncho-pneumonies prolongées non tuberculeuses.

Enfin on trouve actuellement la broncho-pneumonie prolongée signalée dans la plupart des traités classiques.

M. COMBY dans son *Traité des Maladies de l'Enfance*, signale l'existance des broncho-pneumonies à évolution lente simulant la tuberculose.

M. HUTINEL dans son *Traité de Médecine*, leur accorde une importante mention.

MM. J. HALLÉ et Armand DELILLE dans la *Pratique des Maladies des Enfants*, étudient spécialement les broncho-pneumonies prolongées d'origine intestinale.

D'ailleurs, dans ces dernières années, de nombreux auteurs, en particulier WEILL et MOURIQUAND

---

(1) *Revue de Médecine, 1903.*

à Lyon se sont attachés à l'étude du diagnostic des broncho-pneumonies tuberculeuses, et cette étude, bien qu'indirectement, a rendu plus précise et plus répandue aussi la notion des broncho-pneumonies prolongées non tuberculeuses, en montrant que dans un certain nombre de cas de broncho-pneumonies, qui cliniquement présentaient toutes les apparences de la tuberculose, les méthodes de laboratoire et les investigations anatomiques restaient en échec. Il ne pouvait donc manifestement dans ces cas s'agir de tuberculose.

Enfin, récemment, (1) HUTINEL faisait des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses, le sujet d'une intéressante clinique à laquelle nous empruntons d'ailleurs une observation.

(1) HUTINEL. Leçon clinique in *La Pédiatrie Pratique* 25 Janvier 1912.

## ÉTIOLOGIE

L'Etiologie des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses n'offre rien de bien particulier. C'est celle des broncho-pneumonies aiguës banales de l'enfance : c'est dire que cette affection se rencontre avant tout dans la convalescence de la plupart des maladies infectieuses de l'enfance à localisation initiale sur les voies respiratoires, en particulier à la suite de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, de la grippe. On l'observe également à la suite d'infections extra-respiratoires, intestinales en particulier : gastro-entérite infantile, fièvre typhoïde ; à la suite de la variole, de l'érysipèle, de la scarlatine. Les broncho-pneumonies subaiguës peuvent encore se développer primitivement par exagération de la virulence de germes saprophytes des cavités buccale, nasale et pharyngée. Enfin on a observé également ces broncho-pneumonies subaiguës à la suite d'affections spécifiques telles que la tuberculose.

La rougeole semble être de l'avis unanime la

cause la plus fréquente de ces broncho-pneumonies prolongées. C'est en étudiant les broncho-pneumonies de la rougeole que MOREL signale en 1891 l'existence d'une forme spéciale de broncho-pneumonie morbilleuse à évolution prolongée et simulant la cachexie tuberculeuse.

MM. HUTINEL, COMBY, J. HALLÉ et Armand DELILLE sont d'accord dans les traités classiques pour placer la rougeole en tête des maladies infectieuses capables de produire ces broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses.

On peut rapprocher de ce fait que la rougeole aurait également, d'après HUTINEL en particulier, une influence particulièrement prédisposante à la tuberculose et à l'adénopathie trachéobronchique.

Ajoutons d'ailleurs que pour certains auteurs en particulier pour MOREL, on a exagéré la fréquence de la tuberculose consécutive à la rougeole, en attribuant à l'infection tuberculeuse de simples broncho-pneumonies à marche lente.

La coqueluche semble venir en second lieu. Elle serait même pour NETTER la cause principale des broncho-pneumonies prolongées.

J. HALLÉ et Armand DELILLE bien que citant la rougeole en premier lieu, disent des broncho-pneumonies de la coqueluche qu'elles passent à la chronicité plus souvent qu'aucune autre forme de broncho-pneumonie.

La diphtérie semble jouer dans l'étiologie des broncho-pneumonies subaiguës un rôle moins important que pour les broncho-pneumonies aiguës. La broncho-pneumonie diphtérique en effet s'accompagne le plus souvent d'intoxication si profonde de l'organisme, d'autre part de lésions anatomopathologiques si graves (bronchite pseudo-membraneuse), que les petits malades qui en sont atteints ne peuvent résister assez longtemps pour que l'affection devienne subaiguë.

La grippe comme la diphtérie, ne doit figurer qu'au second plan dans le tableau étiologique des broncho-pneumonies prolongées. La grippe en effet, en milieu épidémique donne surtout des broncho-pneumonies suraiguës ; lorsqu'elle évolue sur un terrain prédisposé, elle peut également donner des broncho-pneumonies chroniques, mais ces dernières comme nous l'avons déjà signalé sont bien différentes des broncho-pneumonies subaiguës.

La scarlatine est également invoquée par HUTINEL comme cause rare, mais possible.

Les infections intestinales viennent de suite après les maladies infectieuses des voies respiratoires dans l'étiologie des broncho-pneumonies prolongées. Ces infections intestinales sont la gastro-entérite infantile, en particulier celle à entérocoques ; et la fièvre typhoïde.

L'inection à point de départ intestinal se généralise et atteint secondairement le poumon.

La variole, est d'après NETTER capable de donner diverses formes de broncho-pneumonies, parmi lesquelles figure la broncho-pneumonie prolongée ou subaiguë.

Nous ne dirons rien des broncho-pneumonies prolongées qui surviennent comme des affections primitives chez des sujets qui ne relèvent d'aucune maladie infectieuse antérieure.

La lèpre donnerait d'après MOSNY des broncho-pneumonies toujours subaiguës, mais rapidement mortelles. D'ailleurs ces formes de broncho-pneumonies ont des lésions trés spéciales.

Enfin nous devons nous demander quel rôle joue la tuberculose dans l'étiologie des broncho-pneumonies en général.

D'après MOSNY, le bacille de la tuberculose peut au même titre que les agents pathogéniques des broncho-pneumonies non spécifiques provoquer des lésions de broncho-pneumonie banale. Et sur un terrain déjà atteint par l'infection tuberculeuse ces broncho-pneumonies auraient une tendance toute naturelle à prendre une allure subaiguë.

L'âge et le sexe semblent sans importance en tant que facteurs étiologiques.

Les broncho-pneumonies prolongées ne semblent d'ailleurs pas particulières à l'enfance, bien qu'elles

y soient plus fréquentes comme les broncho-pneumonies en général. Elles sembleraient d'autant plus fréquentes que l'enfant est plus jeune et se rencontrent surtout de trois à cinq ans. Mais elles ont été également observées chez l'adulte ; en particulier G. ROSENTHAL a publié des observations de broncho-pneumonies prolongées chez l'adulte.

On peut se demander si les causes prédisposantes qui jouent un rôle adjuvant dans l'éclosion des affections broncho-pulmonaires n'ont pas ici une part beaucoup plus considérable et ne passeraient pas au rang de causes de premier ordre au même titre que l'infection. Nous ne serions pas éloignés de le croire pour notre part et de penser que les broncho-pneumonies prolongées relèvent peut-être uniquement du terrain sur lequel elles évoluent. Tel malade fait une broncho-pneumonie aiguë banale parce qu'il est bien constitué et dans de bonnes conditions d'hygiène et de milieu pour résister à l'infection. Tel autre malade au contraire, déjà affaibli, taré physiologiquement ou pathologiquement, qui est aux prises avec une infection de même gravité, fera une broncho-pneumonie prolongée, trainante, pseudo-tuberculeuse.

ROSENTHAL dit que la maladie microbienne apparaît ici non comme un phénomène primitif, mais comme la catastrophe terminale d'une déchéance organique latente ; elle n'est qu'une asystolie infectieuse.

Ces conditions défavorables sont les mêmes que pour les autres maladies infectieuses et que pour les broncho-pneumonies en général. L'influence si néfaste du milieu hospitalier, bien connue depuis longtemps, serait peut-être un des facteurs les plus importants du déterminisme des broncho-pneumonies prolongées. Et l'on est en droit de se demander si cette affection n'est pas beaucoup plus rare en ville qu'à l'hôpital.

Monsieur HUTINEL déclare : « On les rencontre dans clientèle de ville, mais on les retrouve bien plus communément dans celle de nos hôpitaux, véritables serres chaudes où le staphylocoque et le streptocoque trouvent une athmosphère si favorable à leur développement. »

Toutes les causes de misère physiologique, de débilitation, toutes les tares héréditaires ou familiales, hygiéniques, sociales, morbides, toutes les maladies antérieures sont des causes naturellement prédisposantes. L'athrepsie, le rachitisme sont au premier rang de ces causes. La tuberculose serait également une cause favorisante et c'est ainsi que les tuberculeux, tarés de par leur affection, feraient très facilement des broncho-pneumonies prolongées pseudo-tuberculeuses, mais non tuberculeuses. Elles aggravent d'ailleurs la tuberculose existante.

Les conditions climatériques, cosmiques qui

jouent un rôle dans l'éclosion de toutes les infections doivent encore être rappelées ici.

Enfin certaines conditions individuelles, mauvaise hygiène respiratoire, respiration nasale défectueuse, infection facile de l'appareil lymphatique pharyngé, ne seraient pas sans jouer un rôle important dans la pathogénie des broncho-pneumonies prolongées.

La bactériologie des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses n'offre non plus rien de particulier à noter. On y rencontre la plupart des microbes banaux : le streptocoque, qui serait l'agent le plus fréquent pour M. HUTINEL ; le staphylocoque, le pneumocoque, on y a rencontré également l'enterocoque de THIERCELIN, le colibacille, le pneumobacille, le bacille de PFEIFFER, etc.

Nous ne voudrions pas aller aussi loin que M. MOSNY et dire qu'il est autant de formes de broncho-pneumonies que de microbes, mais nous pensons que les broncho-pneumonies prolongées représentent un type bien spécial qui n'est pas toujours dû au microbe, tant s'en faut, mais qui se rencontre peut être avec une constance beaucoup plus grande dans un certain nombre d'infections, les infections intestinales en particulier.

## SYMPTOMES

La symptomatologie des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses peut se résumer en quelques mots. Elles se caractérisent : par la lenteur de leur évolution et leur longue durée ; par des symptômes physiques atténués, moins bruyants, moins éclatants que ceux de la broncho-pneumonie aiguë banale, et qui évoluent en deux phases : une phase de début, où le tableau clinique et surtout stéthoscopique de la broncho-pneumonie vulgaire se trouve à peu près complètement constitué, à l'intensité près des signes d'auscultation ; une seconde phase de régression des lésions et partant des signes physiques, qui se cantonnent en foyers pseudo-lobaires ; par l'atténuation des signes fonctionnels, eu égard surtout à l'intensité des signes généraux, qui dominent le tableau clinique et par signes généraux, il faut entendre non pas surtout la fièvre qui semble plutôt atténuée, dont l'allure générale est d'ailleurs assez irréguliére et sur l'étude de laquelle

nous reviendrons, mais les phénomènes qui traduisent une atteinte profonde de l'état général des malades et qui réalisent une similitude clinique à peu près complète avec la tuberculose pulmonaire.

En somme donc : durée plus longue, signes physiques se cantonnant en un foyer pseudo-lobaire après une première période de dissémination et surtout signes généraux simulant la tuberculose telle est l'expression clinique réduite de l'affection que nous étudions.

La broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse débute donc comme une broncho-pneumomie lobulaire vulgaire ; c'est dire qu'elle apparaît le plus souvent au cours ou au déclin d'une des maladies infectieuses habituelles de l'enfance (rougeole, coqueluche, scarlatine, diphtérie, etc).

Elle peut cependant se manifester chez un sujet sain en apparence. Dans tous les cas elle se traduit par les signes fonctionnels habituels : dyspnée marquée ; toux pénible, quinteuse, parfois coquelucheïde, même en dehors des cas où la broncho-pneumonie est secondaire à une coqueluche ; par de la fièvre, dont l'intensité est variable, mais en général peu élevée et par des signes généraux d'infection : fatigue, abattement, troubles gastro-intestinaux légers.

Un tel début n'a rien de caractéristique. Pendant les jours qui suivent, la broncho-pneumonie pseudo-

tuberculeuse conserve les allures d'une broncho-pneumomie banale. Les signes physiques consistent en signes de bronchite généralisée auxquels se surajoutent des signes en foyers : râles fins crépitants ou sous-crépitants, souffle, broncho-égophonie avec matité et parfois légère exagération des vibrations à ce niveau. Ces foyers sont d'ailleurs de siège variable et peuvent se rencontrer indifféremment à la base, au sommet, à la partie moyenne du poumon ou dans l'aisselle. Nous verrons d'ailleurs ultérieurement que dans la broncho-pneumomie tuberculeuse leur localisation n'est pas plus typique. Les signes fonctionnels sont eux aussi quelconques.

Le tableau clinique que nous décrivons serait donc tout à fait banal, si les signes généraux n'y apportaient quelques particularités.

L'amaigrissement doit être cité en premier lieu et son importance doit être soulignée de suite. Il est constant et marqué et ce seul symptôme appelle l'attention du médecin, car s'il peut exister dans la broncho-pneumonie aiguë banale, laquelle dans sa forme moyenne qui dure habituellement trois semaines n'est pas sans retentir sur un organisme aussi frêle que celui de l'enfant, il n'y acquiert jamais les mêmes caractères de constance et d'intensité. Dans la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, il s'accompagne d'ailleurs de signes précoces de cachexie, de troubles gastro-intestinaux,

dontla diarrhée,parfois accompagnée d'incontinence des matières est de beaucoup le plus important, mais à laquelle il faut ajouter l'anorexie, les malades refusant fréquemment toute nourriture et les vomissements.

La fièvre est modérée oscillant aux environs de 38°5, 39°. Le pouls est parallèle à la température, légèrement accéléré, battant 100 pulsations.

A ces symptômes : amaigrissement, cachexie et fièvre, il faut joindre l'augmentation de volume du foie et de la rate, et l'existence d'une albuminurie légère qui complètent ce tableau clinique un peu spécial.

L'amaigrissement reste donc le symptôme de premier plan dans la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse et à part quelques nuances bién légères, la symptomatologie de l'affection que nous étudions diffère jusqu'ici bien peu de celle de la broncho-pneumomie banale, dont nous voulons cependant la différencier.

Mais c'est à partir de cette période de son évolution, période d'état de la broncho-pneumonie prolongée, c'est-à-dire vers le dixième ou douzième jour après le début que la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse va nettement prendre une allure clinique spéciale.

Les signes fonctionnels (toux, dyspnée) s'amendent à peu prés complètement. La dyspnée continue

du début, fait place à une dyspnée intermittente, n'apparaissant qu'à l'occasion de l'effort, en particulier lorsque le petit malade joue dans son lit.

La température elle ne diminue pas. Elle persiste, mais modérée, oscillant toujours aux environs de 38°5, 39°, présentant des rémissions matinales qui ne sont pas toujours complètes et des exacerbations vespérales qui donnent à l'ensemble de la courbe thermique une allure générale de fièvre très irrégulièrement intermittente ou remittente, qui rappelle de bien près celle observée dans la tuberculose pulmonaire en général et dans la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile en particulier.

Le pouls reste élevé, évoluant parallèlement à la température. Cette accélération du pouls relève d'ailleurs tout autant de l'état infectieux que de la gêne respiratoire.

Si telle est la courbe thermique habituellement observée, on a pu noter parfois une courbe assez régulièrement polycyclique (ROSENTHAL). Enfin ce même auteur signale la possibilité d'une courbe thermique normale, sans que le pronostic en soit amélioré, dans certains cas de broncho-pneumonie à entérocoques.

Les signes locaux eux, loin de diminuer, s'accentuent; tout au moins ils se précisent en se localisant si bien que si leur intensité ne s'accroît pas à l'oreille, leur valeur séméiologique et diagnostique devient en tous cas bien supérieure.

A l'auscultation, on trouve au niveau de l'un des poumons des râles sibilants et ronflants et de gros sous-crépitants disséminés dans toute son étendue. De plus, au niveau de l'un des foyers primitifs (base, sommet ou aisselle) on constate la persistance d'un souffle tubaire avec broncho-égophonie et de râles fins avec dans quelques cas de la matité et de l'augmentation des vibrations. Souvent, il est nécessaire de faire tousser le malade pour percevoir le souffle et il n'est pas rare alors que par cette manœuvre, on mette en évidence l'existence de râles humides beaucoup plus gros, véritables râles caverneux. Ainsi se trouve réalisé au niveau d'un foyer d'auscultation de siège quelconque un véritable syndrôme cavitaire ou pseudo-cavitaire, en présence duquel on peut dire avec HUTINEL, qu'il est absolument impossible de ne pas songer à la tuberculose.

Les sécrétions bronchiques deviennent fréquemment purulentes à cette période, ainsi qu'en témoignent l'expectoration lorsquelle apparaît quelquefois, à l'occasion de quintes de toux ou des vomissements. Le diagnostic de tuberculose s'impose avec d'autant plus de force à l'esprit du clinicien, que l'état de cachexie dont nous avons signalé l'apparition précoce, s'accuse et se complète. L'amaigrissement est extrêmement marqué, la fonte des masses musculaires est à peu près complète; parfois masquée par l'adipose sous-cutanée, qui donne une sen-

sation de chairs flasques ; le facies est aminci, plus souvent pâle que cyanosé, les yeux sont excavés. Triste et immobile dans son lit, donnant l'impression d'un enfant trop sage, le petit malade prend tout à fait l'aspect d'un phtisique. La peau devient d'une pâleur cireuse ; elle est sèche et écailleuse, trouble trophique si fréquent dans toutes les cachexies tuberculeuses, qu'il s'agisse aussi bien de tuberculose pulmonaire que de tuberculose osseuse ; les cheveux tombent, deviennent lanugineux. Les lèvres sont fendillées et fissurées. Des ulcérations impétigineuses apparaissent au pourtour des narines ou à la partie interne des joues et des lèvres. La diarrhée persiste ; l'albuminuerie également. Le foie et la rate restent gros. Il y a des sueurs abondantes. Le ventre est augmenté de volume et douloureux. On constate l'existence d'adénites périphériques multiples.

Quelques symptômes discordants viennent cependant trancher sur ce tableau classique de cachexie tuberculeuse. L'appétit est conservé en particulier. Mais ce sont là des notes isolées qui disparaissent au milieu de tant de symptômes dont l'harmonie réalise si parfaitement le tableau de la cachexie tuberculeuse.

Pour compléter d'ailleurs une ressemblance déjà si frappante avec la phtisie, on a noté la déformation hipocratique des doigts. Monsieur Comby a vu deux malades âgés respectivement de deux et trois ans

présentant cette déformation caractéristique : augmentation de volume des phalangettes avec cyanose. Ces deux malades sont morts de leur affection et à l'autopsie on a trouvé seulement des lésions de broncho-pneumonie mamelonnée très étendue, mais pas trace de tuberculose.

On sait d'ailleurs maintenant que cette déformation des doigts n'est pas l'apanage exclusif de la tuberculose et qu'elle peut se rencontrer dans toutes les suppurations pulmonaires chroniques, en particulier chez les malades atteints de dilatation bronchique.

A cette période de son évolution, période de cachexie, on constate l'existence de signes physiques d'une très grande variabilité. On note souvent un souffle assez intense, qui de tubaire, devient même cavitaire. Cette transformation est parfois extrêmement rapide et peut se faire du jour au lendemain. A d'autres moments au contraire, le souffle diminue d'intensité au point qu'on ne l'entend plus qu'avec peine ou que même l'oreille ne le retrouve plus, sans que ces diverses modifications aient d'ailleurs une valeur quelconque, favorable ou défavorable au point de vue du pronostic. Le souffle s'accompagne de râles qui n'ont aucune fixité, ni comme siège, ni comme qualité, ni comme intensité. Ces râles sont parfois masqués par de gros frottements pleuraux.

A cette période on trouve souvent de la matité

plus ou moins complète à la percussion. La dyspnée dont nous avons déjà eu l'occasion de signaler la non concordance avec les signes physiques et la moindre intensité que dans la broncho-pneumonie aiguë banale ou tuberculeuse, reste modérée.

Les broncho-pneumonies prolongées pseudo-tuberculeuses peuvent évoluer vers la guèrison, lorsque le diagnostic est fait assez précocement pour qu'une thérapeutique efficace puisse être instituée à temps, mais fréquement la mort vient clore une évolution clinique dont elle semblait d'ailleurs devoir être la terminaison inévitable.

La cachexie deveint extrême ; la maigreur du petit malade est effrayante ; son front ridé lui donne un aspect de veillard précoce ; il est dans un état de prostration absolu. On voit parfois survenir des hémorragies diverses. On note souvent de l'oedème des pieds et des mains ; au point de vue stéthoscopique, les signes de congestion deviennent bilatéraux et envahissent le poumon sain. La mort survient souvent sans élèvation thermique au milieu de cet état cachectique, parfois au milieu de signes d'asphyxie. Dans ces cas d'ailleurs, le diagnostic de tuberculose pulmonaire à forme broncho-pneumonique semble s'imposer et bien souvent cette étiquette nosologique reste indiscutable, en particulier dans la clientèle de ville, ou rien ne peut faire soupçonner l'absence de lésions tuberculeuses, lorsqu'on ne

pratique pas systèmatiquement la recherche du bacille de Koch dans les crachats. Mais dans les services hospitaliers, on est souvent fort étonné à l'autopsie de constater l'absence totale de lésions tuberculeuses qui échappent aussi bien aux plus minutieuses, investigations macroscopiques qu'à l'examen histologique.

On peut même dire que c'est cette constatation, l'absence de lésions tuberculeuses qu'on pensait devoir être indiscutables, qui a dès l'abord appellé l'attention des cliniciens et fait soupçonner et rechercher l'existence des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses que nous étudions.

Lorsqu'au contraire la guérison doit survenir, après plusieurs semaines d'évolution pendant lesquelles le tableau clinique reste à peu près celui de la période d'état, on voit sous l'influence du traitement hygiénique et de la cure d'air l'état général se relever peu à peu. On constate ensuite la disparition progressive des signes d'auscultation : souffle d'abord, râles ensuite ; le retour de la sonorité pulmonaire normale. La diurèse augmente, le facies s'améliore et une convalescence qui sera lente et pénible s'installe peu à peu.

## EVOLUTION, PRONOSTIC, COMPLICATIONS

La durée des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses atteint le plus souvent deux à trois mois, ce qui justifie les diverses appellations qui leur ont été données de subaiguës, trainantes, prolongées. Leur longue durée est en effet un de leurs principaux caractères et a été l'un des premiers observés.

Leur pronoctic a été diversement interprété par les auteurs qui ont étudié cette affection. Cependant on peut dire que leur pronostic, bien que sévère est moins grave que celui des broncho-pneumonies tuberculeuses.

M. Boulloche pense même que si le diagnostic est fait précocement, la guérison est possible. En effet, chez des malades traités à temps, c'est-à-dire avant que la cachexie n'ait réalisé de trop grands progrès et soumis à l'influence bienfaisante d'une cure d'air efficace, on voit le plus souvent l'état général s'améliorer rapidement et les lésions se réparer avec une surprenante rapidité.

Mais des complications assez nombreuses viennent assez souvent entraver l'évolution de la maladie, prolonger encore sa durée et aggraver son pronostic.

On observe au cours de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse les convulsions si fréquentes chez les tout jeunes enfants. Elles n'ont pas ici de signification particulière et on les observe tout aussi couramment dans la broncho-pneumonie banale. Leur pronostic serait variable suivant leur date d'appartion : précoces, elles seraient passagères et bénignes ; tardives, graves.

Plus intéressantes sont des complications d'un autre ordre, directement liées à la longue évolution de la maladie et traduisant l'existence de lésions anatomo-pathologiques sous-jacentes.

Ce sont les abcès pulmonaires, qui le plus souvent restent d'ailleurs insoupçonnés cliniquement, ne se traduisant guère que par la purulence de l'expectoration lorsqu'elle existe, par l'aggravation de l'état général, en particulier des signes de cachexie et l'apparition de gros râles humides lorsque l'abcès s'évacue dans les bronches.

L'adénopathie trachéobronchique si fréquente dans la broncho-pneumonie aiguë et chez les tuberculeux prête ici matière à discussion. Toujours absente pour certains auteurs qui voudraient voir dans l'intégrité absolue des ganglions trachéo-

bronchiques à l'autopsie, une preuve formelle de la nature non tuberculeuse des lésions, elle existerait pour d'autres dans certains cas, d'ordre purement inflammatoire et non tuberculeuse bien entendu, comme tendent à le prouver d'ailleurs cliniquement l'évolution ultérieure et la constatation d'une cuti-réaction négative.

Souvent même on voit chez ces malades des adénopathies trachéo-bronchiques longtemps persistantes, qui se compliquent à l'occasion d'un refroidissement ou d'une infection intercurrente de nouvelles poussées congestives, qui ont pu dans certains cas entraîner une mort suraigë, en 24 à 48 heures.

L'emphysème pulmonaire se développe fréquemment chez ces malades atteints de bronchopneumomies prolongées, malades jeunes, à cage thoracique malléable, dont la mècanique pulmonaire est pendant de longues semaines profondément troublée. C'est alors qu'on voit apparaître en particulier aux sommets de la diminution du murmure vésiculaire, qui prend le caractère rude et bas, ou bien devient humé et s'accompagne parfois de râles sibilants très fins.

La dilatation bronchique enfin, avec son cortége de symptômes et complications propres semble constituer un aboutissant tout naturel des bronchopneumomies prolongées. Mais ici nous sortons du

cadre que nous nous sommes tracé. Comme nous l'avons indiqué dès notre premier chapitre, ces complications nous semblent appartenir à la broncho-pneumomie chronique et non à la broncho-pneumonie subaiguë, pseudo-tuberculeuse, que nous étudions seule.

Mais à côté de cette forme chronique de dilatation bronchique, HUTINEL à signalé récemment [1] l'existence d'une forme de dilatation aiguë des bronches, qu'il considère comme constante chez l'enfant et qui survient quelques mois, quelques semaines, après la guérison de la broncho-pneumomie causale ou même au cours de son évolution. Ces dilatations aiguës chez l'enfant font croire à une tuberculose cavitaire qui n'existe pas.

Enfin, la pleurésie-purulente vient souvent d'après M. HUTINEL, compliquer l'évolution des broncho-pneumomies prolongées, et rendre plus difficiles à interpréter les signes d'auscultation : elle aggrave l'état général et fait plus sombre le pronostic. Sa fréquence s'explique facilement chez des malades déjà profondément infectés. La coesistence d'un épanchement purulent avec des signes cavitaires, réalise un tableau clinique qui simule plus que jamais la tuberculose.

---

(1) *Presse médicale* du 26 janvier 1911 (Leçon clinique).

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'autopsie des petits malades morts de broncho-pneumonie prolongée pseudo-tuberculeuse, on se trouve en présence de lésions qui n'ont rien de très caractéristique. Ce sont des lésions tout à fait comparables à celles de la broncho-pneumonie banale, à cela près que ces lésions sont en général plus discrètes, moins intenses, moins disséminées. A la période, en effet, où on pratique l'autopsie, la phase de broncho-pneumonie banale est terminée, les lésions sont en voie de régression au moins partielle. On ne trouve pas de foyers aussi multiples, aussi nombreux que dans la broncho-pneumonie aiguë et d'autre part les lésions observées semblent un peu en contradiction avec les signes physiques, en ce sens qu'elles sont beauconp moins intenses et baucoup moins avancées que l'auscultation ne l'avait fait supposer.

On rencontre cependant des lésions assez disparates ; zones de splénisation pulmonaire plus

ou moins disséminées avec un ou plusieurs foyers de condensation plus grande. Nous avons vu que le siège de ces foyers était tout ce qu'il y a de plus variable : base, sommet, aisselle, on peut les rencontrer partout. L'un d'eux est en général plus volumineux, plus important, plus superficiel aussi, et c'est celui qui permet d'expliquer en général les signes physiques observés à la période que nous avons appelée période d'état de la maladie.

On ne trouve pas en général de foyers pseudo-lobaires, qui semblent plutôt être l'apanage des broncho-pneumonies à marche aiguë et qui se rencontrent aussi plus fréquemment dans la broncho-pneumonie tuberculeuse (MOSNY).

La broncho-pneumonie prolongee semble en effet d'après le même auteur, avoir plutôt pour caractéristique anatomique des lésions de broncho-pneumonie lobulaire.

MOREL décrit ainsi les lésions de la broncho-pneumonie morbilleuse à forme prolongée :

« Les lésions pulmonaires, dit-il, siégent d'une façon presque constante aux bases et en arrière. Ces régions sont extrêmement congestionnées ; le lobe inférieur est pesant, condensé, violacé ; le parenchyme pulmonaire carnifié ; à la coupe, il s'écoule du sang en quantité considérable et sur la surface de section, on voit un très grand nombre de granulations de couleur blanc-grisâtre, rappelant assez

bien l'aspect des tubercules miliaires. Ce sont ces granulations qui très probablement ont fait croire que la tuberculose était si fréquente après la rougeole : un examen attentif montre pourtant bien qu'elles ne sont point de nature tuberculeuse. Elles sont en effet plus irrégulières, plus étoilées que les tubercules miliaires ; elles sont résistantes au toucher et en les pressant entre les doigts on fait facilement sourdre de leur centre une goutelette de pus.

L'examen des autres organes, mieux encore que l'aspect des poumons, montre que ces granulations ne sont pas tuberculeuses.

La plèvre ne présente en général que des lésions minimes, lésions irritatives légères ; et l'on est frappé le plus souvent, par l'absence de ces réactions pleurales intenses avec fausses membranes étendues, qui sont l'apanage de la tuberculose.

Les ganglions lymphatiques péritrachéo-bronchiques sont sains, ou parfois un peu hypertrophiés, légèrement congestionnés. Les viscères abdominaux ne présentent aucune altération : or chez les enfants, bien rarement pour ne pas dire jamais, on ne trouve de tubercules dans les poumons sans les observer en même temps dans le foie, la rate, les ganglions du médiastin.

Les granulations broncho-pulmonaires, ainsi que nous le montrera d'ailleurs l'examen des coupes

histologiques ne sont que des nodules péribronchiques de broncho-pneumonie. Au centre de ce nodule, on trouve une bronche plus ou moins altérée ; la périphérie est formée par l'espace péribronchique infiltré de cèllules migratrices. »

Enfin et surtout, on rencontre des lésions classiques de broncho-pneumonie à évolution lente : nodules d'infiltration péribronchiques, petits abcès lobulaires, l'existence de vacuole purulentes et si les lésions sont encore plus anciennes, on peut aussi constater l'existence de dilatation des bronches et bronchioles. Ces dilatations aiguës des bronches chez l'enfant on été étudiées en particulier par M. Hutinel. D'après cet auteur ce sont surtout des dilatations régulières et cylindriques, très rarement des dilatations ampullaires.

« Dans le jeune âge, dit-il, les parois bronchiques sont si minces, surtout vers leur terminaison, qu'elles cèdent facilement aux causes de distension bronchique qui agissent sur elles, pour peu qu'elles soient modifiées dans leur structure et leur résistance. Or, dans la broncho-pneumonie, la muqueuse, la sous-muqueuse et les alvéoles voisines sont le siège d'une irritation qui se traduit non seulement par une desquamation épithéliale, mais par une infiltration interstitielle de cellules embryonnaires et la formation d'un nodule péribronchique.

Si la broncho-pneumonie est aiguë et passagère, la désorganisation ne va pas très loin et est facilement réparable ; si elle est subaiguë, trainante et s'accompagne d'une suppuration prolongée, les muscles lisses, parfois même les cartilages se détruisent, tandis que les fibres élastiques résistent davantage. Il se fait autour des tubes bronchiques une sclérose plus ou moins étendue qui diminue leur résistance. »

Coexistant avec des lésions multiples de sclérose broncho-pleuro-pulmonaire, souvent même dans ces broncho-pneumonies alors manifestement chroniques, on trouve des parties importantes du parenchyme pulmonaire rétractées, atilectasiées, supprimées fonctionnellement. Dans les cas même très anciens, on a même pu constater des déformations thoraciques avec déplacement du cœur, mais ce sont là, nous le répétons, des lésions banales et depuis longtemps connues.

Les ganglions péri et intertrachéobronchiques seraient le plus souvent dans la broncho-pneumonie prolongée indemnes de toute lésion et ce serait un caractère diagnostique important des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses. Mais ce caractère nous semble devoir être assez inconstant parce que, d'une part cliniquement, on constate fréquemment des signes d'adénopathie bronchique et d'autre part, des lésions inflammatoires banales de ces ganglions

ont été très fréquemment constatées dans les broncho-pneumonies aiguës, chez des sujets indemnes de tuberculose.

L'examen histologique minutieux des pièces d'autopsie, la recherche patiente sur des coupes multiples des lésions folliculaires typiques de la tuberculose, doivent compléter cette étude et permettront seuls de conclure à la nature non tuberculeuse des lésions.

## DIAGNOSTIC

L'intérêt de la broncho-pneumonie prolongée, pseudo-tuberculeuse, réside surtout dans le diagnostic de cette affection avec la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Nous nous attacherons donc avant tout à l'étude détaillée de ce diagnostic différentiel.

La broncho-pneumonie tuberculeuse évolue tout à fait parallélement à la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse ; la durée, la marche générale, la succession des diverses périodes coïncident si parfaitement dans les deux affections, qu'on ne peut d'un coup d'œil général jeté une observation tirer de conclusions au point de vue de diagnostic.

C'est dans l'étude détaillée des symptômes, dans la recherche de nuances précises, propres à l'une ou à l'autre des deux maladies qu'il nous faudra chercher la solution du problème. Et encore comme nous allons le voir, la clinique restera le plus souvent insuffisante à nous éclairer, et ne pourra guère que nous faire émettre des hypothèses. C'est aux méthodes de laboratoire, qu'il

faudra demander des renseignements plus précis, pour pouvoir arriver à une solution.

Nous nous baserons pour établir ce diagnostic sur divers ordres de symptômes :

1°) Les signes stéthoscopiques ;

2°) Les signes fonctionnels et les signes généraux ;

3°) La recherche des signes extra-pulmonaires de tuberculose ;

4°) Les méthodes de laboratoire.

1°) *Valeur des signes stéthoscopiques :*

C'est dans une analyse précise et souvent répétée des symptômes révélés par l'auscultation journalière, qu'il faudra chercher des différenciations entre les broncho-pneumomies tuberculeuse et pseudo-tuberculeuse. Considéré en bloc en effet, le syndrôme stéthoscopique est à peu près superposable dans les deux affections.

*a*). Tout d'abord peut-on tirer des conclusions de la localisation de ces signes ? On a longtemps admis, par analogie avec la tuberculose de l'adulte, que leur localisation au sommet était une preuve de la nature tuberculeuse des lésions. Mais plusieurs auteurs se sont attachés à l'étude de la question et en particulier MM. Hutinel, Bertherand, Weill (de Lyon) et Mouriquand ont montré que chez l'enfant, la localisation des lésions tuberculeuses est au moins aussi fréquente à la base qu'au sommet ;

que souvent même on note la coexistence de lésions à la base et au sommet, et encore dans ces cas la base semble être souvent le lieu de prédominance des lésions.

Nous avons vu plus haut que le foyer des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses lorsqu'il se fixe n'a pas de siège d'élection et qu'on le trouve aussi bien à la base qu'au sommet ou même à la partie moyenne du poumon. On ne peut donc tirer de la localisation des signes stéthoscopiques aucun élément de diagnostic.

*b*) La fixité des symptômes en un point est considérée par beaucoup d'auteurs, en particulier par MM. Hutinel, Marfan, Aviragnet, par Weill (de Lyon) comme un bon signe des broncho-pneumonies tuberculeuses. Ce dernier auteur s'exprime ainsi : « Cette fixité des signes doit être recherchée parmi les symptômes mobiles des congestions passagères. Malheurensement cette fixité absolue du foyer de râles fins ne peut souvent être affirmée que fort tard. »

Nous sommes tout à fait d'accord avec ces auteurs lorsqu'il s'agit de différencier la broncho-pneumonie tuberculeuse d'avec la broncho-pneumonie aiguë banale. Mais lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic avec la broncho pneumie subaiguë pseudo-tuberculeuse, cette localisation secondaire des symptômes en un point, cette localisation après *coup* n'a plus

de valeur, car elle se rencontre, dans l'un comme dans l'autre cas et nous paraît être le propre des broncho-pneumonies subaiguës prolongées à tendance vers la chronicité, qu'elles soient ou non tuberculeuses, par opposition à ce qui se passe dans les broncho-pneumonies aiguës. On peut observer cependant que dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, cette fixation semble plus complète, plus absolue en général que dans la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse dans laquelle on voit le plus souvent coexister avec le foyer soufflant entouré de râles humides plus ou moins gros, des signes de bronchite disséminés.

Nous tendons donc à accepter les conclusions de M. Weill lorsqu'il déclare qu' « un foyer de râles sous-crépitants ou crépitants, absolument pur de râles de grosse et de moyenne bronchite, très localisé et très fixe, peut-être considéré comme un foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse » ; avec cette seule restriction que nous voudrions seulement en restreindre un peu l'absolutisme, bien qu'il n'en soit pas très rigoureux cependant.

*c*) L'évolution des signes d'auscultation serait toujours pour le même auteur caractéristique. Mais cette évolution à savoir : une première phase de broncho-pneumonie banale avec mélange de râles de grosse et moyenne bronchite aux râles fins crépitants et sous-crépitants avec souffle fugace de

congestion ; une deuxième phase où les signes de grosse et moyenne bronchite disparaissent à peu près complètement, laissant persister seuls les signes de condensation groupés en foyer ; cette évolution, disons-nous, est encore le fait de l'évolution subaiguë à tendance chronique des lésions pulmonaires. Elle ne dépend pas plus de leur nature tuberculeuse, qu'inflammatoire banale suivant les cas.

*d)* Restent à étudier les caractères propres des signes stéthoscopiques étudiés en eux-mêmes. Considérés dans l'ensemble ces symptômes sont identiques dans la broncho-pneumonie tuberculeuse et dans la subaigüe non tuberculeuse. Dans les deux cas on trouve les mêmes symptômes que nous ne répéterons pas. Mais il faut noter que dans la tuberculose, en général, les râles fins crépitants et sous-crépitants en foyer sont plus retentissants ; ils y ont un timbre métallique qu'on ne rencontre pour ainsi dire jamais dans la broncho-pneumonie subaiguë non tuberculeuse et qui s'explique par la condensation plus grande du parenchyme pulmonaire autour des lésions tuberculeuses.

2° *Valeur des signes fonctionnels et généraux.*

Les symtômes fonctionnels sont assez peu caractéristiques aussi bien dans la broncho-pneumonie tuberculeuse que dans la broncho-pneumonie subaiguë pour qu'on y puisse guére trouver de signe diagnostique.

Et encore ces signes se réduisent-ils à la seule dyspnée, la toux et l'expectoration étant très inconstantes dans l'un comme dans l'autre cas.

Chez les tuberculeux, comme chez les non tuberculeux la dyspnée diffère beaucoup d'aspect suivant la période de la maladie à laquelle on la considère. Intense, pénible, à peu près constante et presque toujours accompagnée de cyanose à la période de début, elle est tout à fait comparable à celle de la broncho-pneumomie aiguë banale, dont les broncho-pneumomies subaiguës ne diffèrent pas à leur début.

Mais du huitième au quinzième jour, la dyspnée s'atténue dans les broncho-pneumomies subaiguës, atténuation qui coïncide avec la disparition des signes de bronchite disséminés, elle est alors beaucoup mieux supportée par le malade. Souvent intermittente, n'apparaissant qu'à l'occasion de l'effort chez les non tuberculeux, elle est, dit Weill, bien supportée par les tuberculeux, sans lutte, sans inquiétude, devenue comme indifférente au malade, bien que le chiffre des respirations reste parfois considérable.

Ces caractères ne sont donc guère tranchés, et c'est pourquoi faute de les opposer les uns aux autres, nous avons préféré les citer parallèlement, sans vouloir tirer de quelques légères dissemblances des conclusions forcées. Tout ce que l'on pourrait

dire c'est que dans la tuberculose, la dyspnée semble surtout toxique, dûe à l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, tandis que dans la broncho-pneumomie subaiguë elle reste avant tout mécanique.

Les signes généraux à priori ne semblent pas nous permettre de différencier les deux affections, puisque ce sont eux précisément qui contribuent à donner au tableau clinique de la broncho-pneumomie subaiguë une ressemblance si parfaite avec la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Aussi nous y arrêterons-nous à peine ; la similitude est complète et ce serait perdre son temps que de chercher à vouloir différencier le tableau de la cachexie des broncho-pneumonies trainantes d'avec celui de la phtisie tuberculeuse.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que dans la tuberculose on rencontre parfois un certain degré de discordance sur lequel a partiellement insisté Weill (de Lyon) entre l'intensité des signes généraux et celle des signes physiques, dont l'insignifiance et l'insuffisance à expliquer la gravité de l'état général ne se rencontre jamais dans les broncho-pneumonies subaiguës pseudo-tuberculeuses. Dans ces dernières en effet, si l'état général simule à s'y méprendre la phtisie, les signes physiques ne restent pas en arrière ; eux aussi prennent le masque de la tuberculose puisqu'on trouve fréquemment

chez ces malades des signes pseudo-cavitaires.

La température ne présente pas non plus de caractères bien tranchés permettant de faire le diagnostic. Dans les deux cas en effet, on se trouve en présence d'une fièvre peu élevée, discontinue ou subcontinue, présentant des rémittences et des variations comme c'est le cas dans toute affection subaiguë à tendance chronique.

DAUVERGUE dans sa thèse avait voulu faire de l'apyrexie l'apanage des broncho-pneumonies tuberculeuses. Mais WEILL a repris la question et l'a précisée, en déclarant que l'apyrexie absolue était exceptionnelle, mais que la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile évoluait avec le minimum de fièvre qu'on puisse observer dans une affection aiguë. Quant au pouls il est souvent rapide et instable dans la tuberculose.

3° Recherche des signes extra-pulmonaires d'imprégnation tuberculeuse de l'organisme.

Nous passerons plus rapidement sur l'étude de ce groupe de symptômes qui sont en général négatifs dans la broncho-pneumonie prolongée pseudo-tuberculeuse, bien que celle-ci puisse évoluer sur un terrain tuberculeux.

Ces symptômes sont nombreux ; nous ne signalerons que les principaux :

L'habitus extérieur de l'enfant ; l'habitus propre au jeune tuberculeux a été bien décrit par MM.

Hutinel, Aviragnet, Marfan. Son teint est pâle, sa peau sèche et écailleuse, les cils sont longs, le visage tiré, l'air triste. Les yeux brillent, les pommettes sont saillantes. Les cils et les cheveux sont souvent « blond vénitien. » Le développement du système pileux est exagéré, surtout à la région interscapulaire, sur la face externe des bras où à la partie supérieure des cuisses.

Les petits tuberculeux sont généralement doux et tranquilles, ils se laissent examiner avec passivité, cette « gentillesse » de l'enfant est souvent considérée comme d'un mauvais pronostic par les personnes expérimentées qui l'approchent.

Les stigmates classiques de tuberculose osseuse, articulaire, cutanée, abdominale ou testiculaire.

L'existence des micropolyadénopathies périphériques de Legroux, ou d'adénopathie localisées ou encore de gommes tuberculeuses sous-cutanées (en particulier fessières); l'hépatosplénomégalie et l'albuminurie, qui se rencontrent également dans la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, même en dehors de toute prédisposition bacillaire.

L'amaigrissement, qui nous l'avons vu est un symptôme de premier plan dans la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse également; l'existence du rhumatisme tuberculeux de Poncet dont la valeur n'est pas admise par tous les auteurs.

Enfin les syndrômes particuliers aux enfants

tuberculeux décrits par WEILL et FAVRE GILLY, de Lyon et qui consistent : le premier dans une susceptibilité particulière au froid avec abaissement des températures centrale et périphérique lorsque l'enfant passe d'un milieu chaud dans un plus froid. Le deuxième par une hémihypéresthésie profonde musculaire et osseuse siégeant du côté de la lésion pulmonaire.

On pourra rechercher encore l'atrophie rapide des muscles thoraciques signalée par M. HUTINEL ainsi que l'hyperesthésie thoracique signalée par QUINSLING.

Mais c'est surtout par leur réunion que ces différents symptômes acquièrent une grosse valeur de probabilité en faveur de la tuberculose.

4° Méthodes de laboratoire.

Ces méthodes sont de deux ordres et ont pour but :

*a*) Les unes, la recherche de la réaction générale de l'organisme vis-à-vis de la toxine tuberculeuse.

*b*) Les autres, plus précises, la recherche du bacille de Koch au niveau du poumon.

A. *Réactions générales de l'organisme à la toxine tuberculeuse.*

La réaction générale à la tuberculine prônée par certains auteurs est considérée comme dangereuse par M. MARFAN. Et surtout, nombre d'auteurs l'ac-

cusent de donner des réactions beaucoup trop sensibles.

La cuti-réaction n'a pas plus de précision au point de vue du diagnostic de l'existence d'une lésion pulmonaire.

L'ophtalmo-réaction de Calmette est également beaucoup trop sensible.

Nous ne citerons que, pour mémoire un certain nombre de procédés complémentaires dont la valeur diagnostique est d'ailleurs critiquable, tels que :

Le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont.

La diazo-réaction.

Les injections de sérum artificiel.

La recherche de la formule leucocytaire.

Enfin la recherche du bacille de Koch dans le sang, malgré les divers procédés employés (inoscopie de JOUSSET, homogénisation du caillot de BEZANÇON, GRIFFON et PHILIBERT, procédé de la sangsue de LESIEUR et GARRY, expérimenté par WEILL, LESIEUR et MOURIQUAND chez l'enfant) n'a pas donné de résultats dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, au contraire de ce qui se passe dans la granulie.

B. *Procédés locaux.*

*La radioscopie* donne des résultats positifs dans un certain nombre de cas d'adénopathie trachéo-bronchique et encore non dans tous. Elle est néga-

tive d'après WEILL dans tous les cas de broncho-pneumonie tuberculeuse.

*La ponction exploratrice du poumon* en vue de cultures bactériologiques a été pratiquée par BELLILE et ROSENTHAL. Elle n'a jamais donné de cultures de bacilles de Koch. D'autre part elle constitue une méthode dangereuse qui doit être évitée.

*L'examen des crachats* reste la méthode de choix et celle qui doit être pratiquée quotidiennement pour essayer d'étayer sur une base un peu solide le diagnostic entre la broncho-pneumonie tuberculeuse et pseudo-tuberculeuse. Malheureusement il est très difficile chez l'enfant, qui, ne sachant pas cracher, déglutit presque toujours les mucosités et le pus venus des bronches. Divers artifices ont été proposés pour l'obtention de ces mucosités :

L'examen des mucosités recueillies au niveau de l'orifice supérieur du larynx.

L'examen des selles.

L'examen des crachats déglutis obtenus à l'aide de vomissements provoqués, ou par le lavage de l'estomac.

Le râclage du pharynx a été pratiqué par HUTINEL et MEUNIER.

La bouche étant maintenue béante à l'aide d'un ouvre-bouche on va recueillir au niveau de l'orifice supérieur du larynx et sur l'épiglotte, à l'aide d'un tampon d'ouate stérilisé monté sur une pince ou une

sonde de métal recourbée, ou encore à l'aide d'un pinceau, les mucosités qui peuvent s'y rencontrer.

Dans des cas de tuberculose avérée, d'ailleurs confirmée par la nécropsie, ces auteurs n'ont pu obtenir des résultats positifs. Les expérimentations de WEILL(de Lyon) sont également restées négatives. Ce procédé semble donc n'avoir aucune valeur ; d'ailleurs aurait-il donné des résultats, on conçoit qu'une telle méthode resterait bien aléatoire et ne pourrait servir à étayer un diagnostic bien solide de broncho-pneumonie non tuberculeuse.

L'examen des selles préconisé par CRUCHET et LEPAGE, MARFAN, a donné des résultats. Mais diverses causes possibles d'erreur viennent lui enlever toute valeur diagnostique. Les bacilles de Koch trouvés dans les selles en effet peuvent provenir de tout autre part que de l'appareil broncho-pulmonaire, soit de l'extérieur par ingestion avec les aliments, le lait en particulier ce qui est rare (mais dans ce cas on ne doit les trouver qu'en très petit nombre et encore de façon inconstante.) Soit de lésions intestinales par exemple (mais alors on doit constater l'existence des signes cliniques d'entérite tuberculeuse.)

Enfin il faut s'assurer qu'on a bien affaire au bacille de Koch et non à d'autres bacilles acido-résistants qu'on peut également rencontrer dans les fécès.

Si la recherche du bacille de KOCH au niveau du pharynx donnait des résultats trop souvent négatifs, sa recherche dans les selles est au contraire trop souvent positive.

Le *lavage de l'estomac* reste la méthode qui semble devoir donner les résultats les plus constants et les moins discutables. Un enfant tuberculeux qui ne crache pas déglutit en effet forcément ses crachats et si on pratique à plusieurs reprises chez lui lavage évacuateur de l'estomac, il est impossible qu'on ne puisse chez lui mettre en évidence par ce moyen la présence du bacille de KOCH.

Le procédé est très simple, et d'autant plus simple que l'enfant est plus jeune. On supprime l'alimentation pendant cinq ou six heures et on pratique, de la façon usuelle le lavage de l'estomac, le matin à jeun quelques instants après la toux, qui suit presque toujours le réveil. Le liquide est recueilli dans un verre, où l'on voit surnager des parcelles de sécrétions bronchiques. On les prélève et on les traite comme les crachats ordinaires. Le contact du suc gastrique ne modifie pas les caractères morphologiques et les propriétés chromophiles du bacille tuberculeux.

Si pour des raisons diverses, on hésite à pratiquer le lavage de l'estomac, manœuvre absolument inoffensive et facile à réaliser chez le nourrisson, on peut avoir recours à l'administration d'un vomi-

tif (ipéca), dans les mêmes conditions. BERTHERAND [1], qui a utilisé ce procédé avec succès, reproche avec raison au vomitif son action déprimante sur un bébé souvent affaibli. Mais si la valeur de cette méthode reste incontestable dans la tuberculose ouverte il n'en est pas de même dans la tuberculose fermée, où malgré la présence des lésions pulmonaires tuberculeuses indiscutables, la recherche du bacille de KOCH dans les crachats peut rester négative.

En résumé, le diagnostic est bien difficile à faire cliniquement entre la broncho-pneumonie tuberculeuse et la pseudo-tuberculeuse. Les signes stéthoscopiques sont à quelque nuance près, identiques dans les deux affections. Les signes généraux sont encore plus complétement superposables puisque ce sont eux qui donnent à la broncho-pneumonie subaiguë son allure pseudo-tuberculeuse. Le diagnostic de la nature tuberculeuse ou non d'une broncho-pneumonie se basera sur la recherche des antécédents tuberculeux et des signes généraux d'imprégnation tuberculeuse.

Le laboratoire apporte au diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse deux ordres de procédés ; les uns, généraux, permettant de se

(1) BERTHERAND. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. Thèse de Paris, 1899.

rendre compte de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, mais incapables de localiser la lésion ; parmi ceux-ci la cuti-réaction est celui qui a le plus de valeur. Les autres, locaux, qui cherchent à prouver l'existence d'une lésion pulmonaire : un seul de ces procédés, la recherche du bacille de Koch dans les crachats est pathognomonique lorsque ses résultats sont positifs. Mais cette recherche est difficile chez l'enfant et lorsque cette épreuve est négative, on ne peut conclure à l'absence des lésions tuberculeuses.

La broncho-pneumonie tuberculeuse mise à part, le diagnostic des broncho-pneumonies prolongées pseudo-tuberculeuses ne présente pas de difficulté. Ce diagnostic s'impose en effet de lui-même de par la sympto matologie si spéciale de l'affection.

Nous ne citerons donc que pour mémoire quelques diagnostics qu'il faut cependant éliminer.

A la période de début, la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse peut simuler une affection aiguë quelconque, en particulier, la fièvre typhoïde surtout lorsqu'il s'agit des broncho-pneumonies d'origine intestinale étudiées par G. Rosenthal. Mais le séro-diagnostic, le fibrino-diagnostic positif, la culture du sang préciseront la véritable nature des lésions.

La broncho-pneumonie aiguë banale est à éliminer également puisque la broncho-pneumonie

pseudo-tuberculeuse a toujours un début aigu, mais c'est un diagnostic qui ne se fera qu'au cours de l'évolution de la maladie puisque comme la broncho-pneumonie tuberculeuse le plus souvent la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse elle aussi débute en général par une broncho-pneumonie aiguë. On peut même dire plus : elle n'est à son début qu'une véritable broncho-pneumonie aiguë qui ultérieurement se prolonge et se transforme devenant subaiguë.

Certaines bronchites subaiguës à évolution un peu prolongée, subfébriles, survenant chez un enfant déjà en état de moindre résistance, s'accompagnant d'un retentissement marqué sur l'état général pourraient faire songer à une broncho-pneumonie prolongée pseudo-tuberculeuse. Mais les râles sont plus gros ; on ne trouve pas de foyer de condensation avec souffle et râles fins ; enfin si touché que soit l'état général, il l'est rarement au point de simuler la cachéxie tuberculeuse.

Il faudra éliminer également la bronchite avec poussées congestives à évolution lente décrite par Hutinel [1].

On a également décrit une pneumonie subaiguë, traînante, cachectisante, pseudo-tuberculeuse absolument comparable à la broncho-pneumonie que

(1) Hutinel. Les maladies des enfants. T. IV, P. 175.

nous décrivons. Tous ces états sont comparables les uns aux autres, qu'il s'agisse de broncho-pneumonie, de pneumonie, ou de congestion pulmonaire et seuls les signes physiques permettront de faire le diagnostic.

Ce qui importe dans ces cas d'ailleurs, ce n'est pas de savoir quelle est la nature exacte des lésions pulmonaires, splénisation, hépatisation lobaire, ou foyers broncho-pneumoniques ; bien souvent d'ailleurs on a affaire à des états congestifs mixtes, sur lesquels il est difficile de mettre une étiquette nosologique précise, même à l'examen nécropsique. Mais l'intérêt est bien autrement grand de savoir si on se trouve ou non en présence de lésions tuberculeuses.

Une pleurésie purulente surtout à début un peu insidieux, à épanchement peu abondant, en nappe mince, ne donnant pas de silence respiratoire absolu, ni de matité bien franche pourrait encore par le retentissement assez marqué qu'elle a toujours sur l'état général et par son évolution subaiguë prêter à confusion. Mais un examen physique soigneux, la radiographie et la ponction exploratrice feront rapidement reconnaître la présence de liquide pleural.

Reste enfin la dilatation bronchique : celle-ci constitue une complication tardive à longue échéance des affections broncho-pulmonnaires,

l'apparition de son syndrôme pseudo-cavitaire de longs mois et même plusieurs années après la guérison d'une broncho-pneumonie, la conservation habituelle d'un bon état général ne sauraient guère prêter à confusion.

Mais nous avons vu que ces dilatations bronchiques peuvent se constituer rapidement chez l'enfant ; dans ces cas le syndrôme cavitaire apparaît au cours ou au déclin de la broncho-pneumonie.

L'état général peut s'altérer assez profondément pour reproduire le tableau de la cachexie pseudo-tuberculeuse. Cependant il est rare qu'il n'y ait pas eu une phase d'acalmie marquant la fin du processus phlegmasique pulmonaire et que la température en particulier ne tombe pas complètement, la dilatation bronchique sans broncho-pneumonie ne s'accompagnant en général d'aucune réaction thermique.

## TRAITEMENT

Nous ne dirons que quelques mots du traitement des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses. Ce traitement sera avant tout celui des broncho-pneumonies aiguës vulgaires.

Le traitement local, comprendra l'emploi des révulsifs, des enveloppements froids et humides au moment des poussées congestives ; les grands bains tièdes dans les cas avec hyperthermie. On y ajoutera comme médication interne le benzoate de soude et plus tard les balsamiques. Enfin dans certain cas, en particulier lorsqu'il y a dilatation bronchique, les toni-cardiaques pourront être indiqués.

Le traitemént général constitue le point capital de la thérapeutique des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses.

Les malades seront envoyés à la campagne, dans un lieu bien aéré, non humide. Les malades pourront être quotidiennement exposés au soleil pen-

dant plusieurs heures, le corps seulement recouvert d'une chemise, la tête étant préservée des rayons trop ardents. Les malades seront ainsi soustraits au milieu souvent confiné et infecté dans lequel ils vivaient antérieurement et surtout ils seront soumis à l'action parasiticide du soleil qui s'exerce beaucoup plus activement encore sur les germes banaux que sur le bacille de Koch.

L'électrargol semble parfois avoir donné des résultats encourageants.

D'autre part, lorsque les malades pourront être alimentés ils seront mis au régime du lait, des purées et de la viande crue.

Ces malades en effet bénéficieront d'une alimentation riche en même temps que facilement digestible.

Les médicaments reconstituants (glycéro-phosphate de chaux, sirop iodo tannique, arsenic) trouveront dans certains cas leur indication.

Le traitement prophylactique des broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses est difficile à réaliser. L'hôpital en effet est leur lieu d'éclosion habituel et la désinfection rigoureuse des salles d'hôpital, l'isolement des malades sont de faibles armes à opposer à la contagion si fréquente et si facile dans les hôpitaux d'enfants. La désinfection fréquente et aussi soigneuse que possible des cavités nasale, buccale et pharyngée devra être pratiquée chez tous les malades atteints d'affection des voies respiratoires.

Le traitement ultérieur des malades convalescents consistera dans la vie au grand air, à l'abri de tout contage (ces malades en effet resteront sujets aux poussées répétées de bronchite). On conseillera un séjour dans une station d'eaux sulfureuses. Enfin on pourra être amené à employer dans certains cas la gymnastique respiratoire et même les bains d'air comprimé.

## OBSERVATION I [1]

Jules V..., 8 ans.

Nous avons vu cet enfant le 14 Mars 1902 pour la première fois. Il était en pleine coqueluche et présentait des signes de bronchite généralisée, râles sibilants et ronflants, râles muqueux aux bases, dyspnée légère, fièvre oscillant autour de 38°, légère submatité aux bases. L'état général était assez grave ; l'enfant abattu, déprimé, le regard terne, le ventre tympanisé, avait trois ou quatre selles fétides par jour. Sous l'influence des médications ordinaires, la diarrhée s'amende, les signes de bronchite diffuse rétrocèdent, mais un souffle tubaire apparaît à la base gauche, les râles y deviennent plus fins et à partir du 20 mai se constitue une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Malgré la gravité de son état, malgré la cachexie progressive, l'enfant ne se plaignit plus d'aucun symptôme thoracique.

Le tableau de la broncho-pneumonie continue avec cachexie simulant la tuberculose se déroulait.

Une rougeole évolue pendant la deuxième semaine de nos soins, sans avoir sur l'organisme un retentisse-

(1) Rosenthal *Revue de Médecine*, 1903.

ment appréciable. L'appétit revient, l'enfant demande ses jouets ; mais si les parents peuvent se méprendre à ces signes trompeurs, l'affaiblissement continue progressif, inexorable ; les masses musculaires deviennent molles et disparaissent ; enfin la cachexie progressive entraîne la mort le 14 juin par augmentation de la faiblesse ; la veille, l'enfant avait demandé à se lever. Il n'y eut dans les derniers moments ni crises dyspnéiques, ni quintes de toux ; l'enfant perdit connaissance et succomba après deux heures de coma. L'examen de la poitrine permettait seul d'établir un diagnostic et un pronostic exact.

L'examen des crachats, les cultures sur tous milieux, inoculation à la souris et au cobaye ont permis de rapporter l'infection à l'entérocoque pur.

Le petit malade avait toujours les fonctions digestives irrégulières et troublées.

Dans cette observation, il faut noter l'aspect particulier de la courbe thermique qui a une allure polycyclique et la résistance de l'affection aux médications par la quinine, les bains tièdes. Les injections de sérum sont restées impuissantes.

Dans cette observation, nous ne trouvons pas notée la recherche du bacille de Koch qui sans doute n'a pas été faite. L'absence de cette recherche lui enlève une partie de sa valeur, puisque nous ne pouvons pas affirmer qu'elle n'est pas de nature tuberculeuse.

## OBSERVATION II

Gay Madeleine, âgée de 20 mois ; entre le 25 avril 1912, salle Blache, lit n° 32, à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. le professeur Marfan).

Elle est amenée à l'hôpital parce qu'elle tousse beaucoup et ne s'alimente pas.

Ant. héréditaires. — Père et mère bien portants. La mère n'a jamais eu de fausses-couches.

La malade est l'aînée de deux enfants ; la cadette, âgée actuellement de 8 mois est bien portante.

Ant. personnels. — Née à terme ; poids à la naissance : 3 livres 1/2. La malade est élevée à Paris ; elle est d'abord nourrie au sein pendant 3 semaines, puis au biberon. Elle a sa première dent à 11 mois, commence à parler à 13 ou 14 mois, à marcher à 18 mois.

A six mois, elle entre à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades ; elle est soignée pendant 27 jours pour une broncho-pneumonie. A ce moment on a constaté chez la malade l'existence de signes de rachitisme.

Pendant la convalescence, de cette broncho-pneumonie est survenue une poussée de furonculose. L'enfant reprend ensuite et reste bien portante, toussant cependant de temps à autre.

A 18 mois, elle a la rougeole, est soignée dans sa famille et fait une nouvelle broncho-pneumonie. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis 2 mois, l'enfant a gardé le lit. Elle tousse peu, mais a maigri beaucoup, vomissant chaque fois qu'elle prenait quelques aliments. Ces derniers temps, l'enfant refusait toute nourriture.

Constipation habituelle depuis très longtemps.

A l'examen physique, on constate l'existence de foyers de broncho-pneumonie aux deux bases pulmonaires ; au niveau du hile droit, respiration à timbre bronchique.

Symptômes marqués de rachitisme ; chapelet costal ; bourrelet malléolaire.

*Le 29 mai.* L'enfant est très abattu ; le corps et les membres sont recouverts d'éléments éruptifs multiples. On note de la submatité dans tout le poumon droit en arrière et une respiration soufflante au sommet droit.

*Le 1er juin.* Râles muqueux dans toute la poitrine (en particulier aux bases et aux sommets).

Pas de péricardite latente. La rate est volumineuse.

*Le 8 juin.* Les foyers de broncho-pneumonie sont beaucoup moins nets. A la base droite, râles muqueux ; plusieurs petits foyers à la base gauche. En avant, respiration obscure des deux côtés. La rate est toujours grosse ; le foie est également très volumineux.

Mort le 12 juin, au milieu des signes d'une cachexie profonde.

La température présente dans cette observation une courbe intéressante à rappeler. Au début, température vespérale 38° ; 37° le matin. Vers le 25 mai, la température vespérale atteint 40°, la température matinale restant à 37° et persiste ainsi avec des grandes oscillations jusqu'à la mort.

La cuti-réaction a été faite deux fois et a donné des résultats négatifs.

## OBSERVATION III

*Nous empruntons cette observation à une leçon clinique de* M. le Professeur HUTINEL, *publiée dans* La Pediatrie pratique *du 25 Janvier 1912.*

Un enfant de 5 ans 1/2 entre salle Bouchut, le 21 Novembre 1911, dans un état lamentable. L'enfant issu de parents sains, nourri au biberon, avait toujours été bien portant jusqu'à l'époque où il contracta la rougeole. Le médecin qui nous l'adressait avait diagnostiqué une forme grave de tuberculose, consécutive à sa fièvre éruptive. Celle-ci remontait au mois de mai 1911 ; elle avait donné lieu à des complications pulmonaires que ce médecin avait rapportées à une broncho-pneumonie double. Depuis trois mois son état avait empiré ; de nouvelles lésions péritonéales s'étaient ajoutées aux lésions de l'appareil respiratoire ; l'enfant, toujours toussant, dyspnéique, fiévreux, porteur d'un ventre volumineux, était dans un état de cachexie tellement prononcé que, dès le premier abord, on a confirmé le diagnostic de tuberculose généralisée, formulé par le médecin traitant.

A vrai dire il était difficile de se défendre d'un tel soupçon au vu de ce pauvre petit aux membres squelettiques recouverts d'une peau sèche et écailleuse, aux téguments grisâtres, aux orteils gonflés et bleuâtres. La face dorsale des pieds était le siège d'un œdème qu'on ne retrouvait pas sur les jambes décharnées, mais qui reparaissait au niveau du scrotum ; le volume du ventre contrastait avec la gracilité de ses membres

étiques la paroi présentait, par places, des taches violettes, tandis que des veines anormalement développées dénonçaient une circulation collatérale traduisant une gêne accentuée de la circulation profonde.

La palpation abdominale ne révélait aucun de ces empâtements, aucun de ces gâteaux péritonéaux si familiers à la tuberculose de la grande séreuse ; la percussion décelait, en revanche, l'existence d'une ascite abondante expliquant l'augmentation de cette partie du tronc. Le foie descendait à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal ; la rate était notablement hypertrophiée.

On pensa tout naturellement à une péritonite tuberculeuse.

Le thorax était asymétrique : le côté droit était beaucoup plus développé que le côté gauche, la base en était mate sur une grande hauteur. Il s'agissait d'un épanchement pleural assez abondant.

A l'auscultation on a découvert au sommet droit des signes cavitaires ; tout le long du poumon gauche s'entendaient des râles cavernuleux. On a fait le diagnostic de tuberculose cavitaire de ce poumon avec pleurésie de même nature.

On remarquait une eschare sacrée, des lésions impétigineuses, quelques points de suppuration sur la peau, sur son annulaire gauche, sur sa face.

La ponction a été faite et on a retiré un pus amicrobien. Le pus était un pus louable, identique à celui des pleurésies suppurées ordinaires.

On a retiré un litre de liquide très épais.

Le diagnostic était le suivant : pleurésie purulente, double broncho-pneumonie, signes cavitaires du poumon droit, peut-être de nature tuberculeuse, mais probablement attribuables à une infection streptococcique survenue à l'occasion d'une rougeole.

On a fait une injection d'électrargol à ce mourant, qu'une intervention chirurgicale aurait peut-être immédiatement tué ; la nuit de ce même jour l'enfant succombait.

*Autopsie.* — Aucune trace de tuberculose.

Poumon droit aplati.

La plèvre, épaissie, n'est pas tapissée d'abondantes fausses membranes. Il s'agissait bien d'une pleurésie streptococcique.

Médiastin — normal. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique.

Dilatation des bronches.

Pus dans la plèvre droite.

Péritoine — épanchement comparable à celui de la plèvre, toutefois plus séreux. Nulle part, il n'existait de fausse membrane. Cette péritonite était purulente et streptococcique.

## OBSERVATION IV

Germaine K..., âgée de 4 ans 1/2 ; entre le 5 Juin 1911, salle Legroux, à l'hôpital Bretonneau. Antéc. héréditaires. — Père et mère bien portants, ne toussent pas.

Antéc. personnels. Rougeole l'année dernière, varicelle

un mois plus tard. L'enfant a parfaitement guéri de ces deux maladies.

Depuis quinze jours, l'enfant a une toux quinteuse avec reprises et elle entre à l'hôpital avec le diagnostic de coqueluche.

A son entrée, l'enfant est très abattue et pâle. Température : 37°5 le matin, 38° le soir.

Elle a douze quintes environ par jour.

Examen des poumons. — A l'auscultation, nombreux râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine.

Pendant quinze jours, on note de simples signes de coqueluche. L'enfant est triste, grognon, n'a pas d'appétit. La toux persiste, avec ses caractères.

*Le 20 Juin.* — Température : 38°5,

*Le 21 Juin.* — Température vespérale : 39°5. La température continue ainsi quelques jours avec de grandes oscillations.

L'enfant continue à tousser, maigrit, refuse toute nourriture. L'expectoration est abondante au moment des quintes ; cette expectoration est jaunâtre, sans odeur. L'examen des crachats pratiqué à ce moment, permet de constater la présence de microbes banaux divers, et l'absence de bacille de Koch.

A l'examen du poumon on note des symptômes multiples et variables ; râles humides de grosse et moyenne bronchite disséminés dans les deux poumons ; foyers de broncho-pneumonie avec respiration soufflante et râles fins crépitants et sous-crépitants. Ces foyers n'ont aucune fixité et leur siège, aussi bien

d'ailleurs que l'intensité des symptômes observés varie d'un jour à l'autre.

Bientôt apparition d'une diarrhée persistante. Le ventre augmente de volume ; devient douloureux à la palpation, donnant tout à fait l'impression d'une poussée de tuberculose entéro-péritonéale.

*Le 5 Juillet.* — La température baisse ; l'état général semble s'améliorer.

*Le 11 Juillet.* — La fièvre à grandes oscillations reparaît. La toux persiste, toujours quinteuse. Les quintes s'accompagnent d'une abondante expectoration mucopurulente. Des vomissements surviennent.

L'examen des crachats pratiqué à nouveau ne permet toujours pas constater la présence de bacilles de Koch.

L'état général redevient mauvais et tout semble faire présager un mauvais pronostic, lorsque à partir du 25 Juillet, la température redevient peu à peu normale ; l'état général s'améliore à nouveau. La malade commence à s'alimenter. La courbe de poids remonte rapidement.

Le 3 Septembre la malade sort guérie et est envoyée à la campagne. A son retour, on a constaté l'absence complète de toute lésion pulmonaire.

## OBSERVATION V

Maurice F..., âgé de 15 mois, entre le 2 Novembre 1911. salle Blache, lit n° 17 bis, à l'hôpital des Enfants malades, service de M. le Dr Marfan.

Ant. personnels. — Le malade est le deuxième enfant ;

né à terme ; pesait huit livres à la naissance. Nourri par sa mère jusqu'à 1 an. Bien portant jusque là, a commencé à tousser et à avoir de la diarrhée au mois d'août, à l'occasion de son sevrage.

Entre à cette époque salle Guersant, y reste quinze jours. En sort incomplètement guéri, avec un mauvais état général et une fistule anale.

Est alors mis en nourrice et nourri au sein pendant quinze jours. Puis, à la suite de l'interdiction par un médecin, de continuer l'allaitement au sein de cet enfant considéré comme tuberculeux, l'alimentation est continuée avec un lait artificiel.

Depuis cette date, la toux persiste ; on observe une cachexie progressive avec troubles digestifs, diarrhée, pas de vomissements, appétit exagéré.

1re dent à 14 mois ; n'a jamais marché.

Il y a deux mois, apparition d'un œdème blanc et mou qui a successivement envahi, les mains, les pieds, puis le visage et enfin tout le corps. Refroidissement des extrémités, qui un mois environ après l'apparition de l'œdème prennent une teinte livide.

Ant. héréditaires. — Père tuberculeux ; mort d'un phlegmon, mère tuberculeuse également ; a eu trois grossesses. La 1re grossesse s'est terminée au bout de sept mois par la naissance de deux jumeaux, morts au bout de un jour. La 2e grossesse a abouti à la naissance d'une fille qui a actuellement trois ans, mal portante. 3e grossesse : le malade. — Pas de fausse-couche.

Etat du malade à son entrée. — Enfant d'aspect cachectique, la figure est amaigrie. Œdème bilatéral des

membres inférieures remontant jusqu'à la région lombaire ; envahissant les membres supérieurs jusqu'à la partie inférieure de l'humerus. Œdème un peu dur, livide au niveau des jambes et prenant une teinte franchement cyanotique au niveau des pieds ; les deux gros orteils sont presque noirs, donnant l'aspect d'une gangrène imminente ; la peau est froide, insensible ; pas de cordon sur le trajet de la veine fémorale.

— Le foie et la rate ne semblent pas augmentés de volume.

— Poumon : râles ronflants et sibilants en arrière.

— Cœur : Normal

— Urines : claires ; assez abondantes, ni sucre, ni albumine.

*4 Novembre.* Paralysie flasque des quatre membres, qui semblait exister déjà à l'entrée. La cyanose remonte au niveau des membres supérieurs jusqu'à la partie inférieure de l'humerus ; les ongles et les doigts sont violacés. Au niveau des membres inférieurs, l'œdème semble avoir un peu diminué.

— Poumons : râles sibilants et ronflants disséminés, pas de foyer perceptible.

Urines abondantes ; deux selles normales.

Température : au-dessous de 34°5.

Mort le même jour à 10 heures du matin.

*Autopsie* le 5 Novembre, à 10 heures du matin.

Poids : 6 kilogs 450. Taille : 0$^{m}$ 70.

Le cadavre, très amaigri, présente un œdème des membres moins marqué que celui observé pendant la

vie. L'aspect cyanotique et presque gangréneux des deux gros orteils est en particulier très atténué.

150 à 200 gr. de liquide citrin dans la plèvre droite ; pas d'adhérence ni d'exsudat inflammatoire.

Poumon gauche, normal, sans trace de tuberculose.

Poumon droit, présente des parties atélectasiées au niveau de son lobe moyen : lésions de bronchite ; le lobe inférieur présente des ilots de broncho-pneumonie lobulaire. Par places, surtout aux environs du hile, on note des parties atéléctasiées, avec des points blanchâtres qui sont peut-être des granulations tuberculeuses, mais sans doute des sections de fines bronchioles sclérosées. Travées scléreuses assez fines, partant des grosses bronches juxta-hilaires et s'enfonçant dans le poumon. Pas d'autres traces de tuberculose.

Ganglions médiastinaux normaux.

Thymus atrophié, remplacé par du tissu œdèmateux.

Corps thyroïde normal.

Larynx et trachée normaux.

Cœur de volume moyen : globuleux, ferme, sans lésions appréciables.

Aorte normale.

Foie, de coloration brun sombre, normal. Vésicule biliaire, contenant bile presque incolore.

Rate, volume normal ; périsplénite en plaques, surtout au niveau de la face hilaire ; quelques travées scléreuses partant du bord antérieur. A la coupe, aspect normal.

Pancréas : signes de pancréatite légère.

Intestin, normal, coloration un peu pâle. Ganglions mésentériques normaux.

Reins, un peu congestionnés.

Surrénales, assez volumineuses.

Testicules et vessie, normaux.

Cerveau, un peu œdématié.

Hypophyse, rien de particulier.

— Cette observation que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Marfan et qui a été receuillie dans son service, nous semble particulièrement intéressante. Fort malheureusement, la courte durée du séjour à l hôpital de ce malade, mort au bout de deux jours, n'a pas permis de suivre bien longtemps l'évolution de la maladie, ni de pratiquer plusieurs recherches d'un intérêt de premier ordre au point de vue du diagnostic, en particulier l'examen des crachats et la cuti-réaction.

Malgré l'absence de ces faits, malgré les antécédents nettement tuberculeux de ce malade, nous nous demandons, en nous appuyant sur l'absence de lésions tuberculeuses nettes à l'autopsie s'il n'y aurait pas lieu de penser ici à une broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, plutôt que tuberculeuse.

## OBSERVATION VI

Guyard Denise — 4 ans. entre le 4 septembre 1911 à l'hôpital Bretonneau.

Ant. héréditaires — Père bien portant — La mère a

été malade avant la naissance de l'enfant ; est restée 18 mois à l'hôpital pour une phlébite double.

Ant. collatéraux — 2 frères ou sœurs, morts l'un à 9 mois d'une tumeur cérébrale ; l'autre à 7 mois, d'asthme (?)

Ant. personnels — Née à terme. Rougeole à 8 mois — Marche à 13 mois. Asthme ; bronchite chronique.

Elevée au sein jusqu'à 2 ans 1/2.

Malade depuis le 26 août. Erythème scarlatiniforme généralisé ; angine rouge ; langue non dépouillée.

Matité aux 2 bases pulmonaires, plus marquée à gauche.

Râles disséminés partout ; pas de souffle à la base gauche où les signes d'auscultation sont au maximum.

*13 Septembre.* La ponction exploratrice de la plèvre, ramène un liquide louche, contenant de nombreux élèments figurés avec de nombreux polynucléaires, quelques lymphocytes et pas de placards endotheliaux.

*15 Septembre.* La ponction exploratrice reste négative.

*11 Octobre.* Etat général satisfaisant ; toux grasse, peu d'expectoration. *Ongles hippocratiques* ; cils longs. Rétraction de la paroi thoracique à gauche ; pas de déplacement du cœur. Signes pseudo-cavitaires avec râles secs et humides.

*13 Octobre.* La malade expectore des crachats purulents à forme mummulaire ; la ponction exploratrice ramène du pus : liquide sanglant, très fibrineux, renfermant des globules rouges et blancs, (poly et mononucléaires)

*14 Octobre.* Poumon droit : au sommet, respiration de suppléance ; à la base, râles sous-crépitants et frotte-

ments pleuraux. Poumon gauche : râles humides disséminés ; signes pseudo-canitaires à la base ; retentissement de la voix et broncho-égophonie.

Cœur en place ; bruits normaux.

*18 Octobre.* Aspect cachectique. Enfant amaigri ; extrémités pâles ; phalangettes hippocratiques à un haut degré sans cyanose.

Thorax asymétrique, plus ample à droite qu'à gauche, donnant l'impression d'une malformation antérieure à la maladie. Scoliose à convexité droite ; impression qu'elle a été exagérée par la rétraction de l'hémithorax gauche. Sonorité de l'hémithorax droit légèrement altérée du haut en bas ; respiration rude et râles humides partout ; en avant râles crépitants.

A gauche : sonorité à timbre élevé ; submatité à la base de l'aisselle ; matité à la base. Respiration rude et forte ; frottements à la base. En arrière, râles humides et frottements depuis la partie moyenne jusqu'à la base, des deux côtés.

Examen des crachats : nombreux leucocytes polynucléaires. Très nombreux cocci et bacilles. Pas de bacilles de Koch.

Cuti-réaction négative.

*28 octobre. A* gauche : Foyer avec souffle et gros râles éclatants et ronchus. A droite : sibilances ; râles ronflants et sous-crépitants dans la région moyenne.

Examen radioscopique : dans les deux poumons, transparence inégale et anormale. Nombreuses zones claires et obscures revêtant un aspect de bacillose corymbiforme.

Pas de signes d'épanchement libre ou enkysté.

*17 novembre.* Etat général stationnaire.

Examen des poumons : en arrière et à gauche : respition rude au sommet, respiration soufflante à la partie moyenne ; nombreux sous-crépitants et sibilants à la base — mêmes symptomes en arrière et à droite, aux mêmes niveaux.

Respiration bronchique soufflante avec râles humides et retentissement de la voix, pénible à l'oreille.

En avant, respiration rude aux deux sommets.

*4 décembre.* Bon état général. L'appétit est bon ; les selles régulières.

Examen du poumon : respiration rude aux sommets ; expiration sibilante dans la moitié supérieure ; vers la base, nombreux râles sous-crépitants ; plus nombreux à gauche. En avant, respiration rude. Retentissement de la voix très marqué à gauche. Les vibrations vocales sont conservées.

A partir de cette date, la fièvre qui a présenté de grandes oscillations irrégulières jusque vers la mi-octobre, disparaît complètement. La courbe de poids suit une marche ascendante régulière. Guérison.

## OBSERVATION VII

Constantin M..., âgé de 6 ans, entre le 6 juin 1912, salle Blache, lit numéro 12, service de M. le Dr Marfan.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère, pas de maladies graves ; a eu trois fausses-couches deux de six mois, une de trois mois. A eu en outre

quatre enfants : deux jumeaux, dont un mort à trois mois de diarrhée verte ; l'autre âgé de 8 ans est bien portant. Le malade est le troisième enfant ; une fille âgée de 3 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme ; très fort à la naissance, nourri au sein jusqu'à 21 mois ; avait constamment la diarrhée ; pas de vomissements.

Première dent à 6 mois ; a parlé à 2 ans ; a marché à 2 ans 1/2 ; dort la bouche ouverte ; stertor nocturne habituel.

Rougeole cet hiver, suivie d'une fluxion de poitrine ; tousse depuis 5 semaines ; expectoration abondante verdâtre ; pas d'hémoptysie ; a maigri beaucoup ; anorexie.

*7 juin.* L'enfant est triste, se plaint constamment, est indifférent à ce qui l'entoure. Poids : 16 kilogs 500.

Déformations rachitiques : (petit bourrelet malléolaire). Doigts hippocratiques.

Examen du poumon. — En avant, sonorité à peu près normale, matité dans la fosse sus-épineuse droite, sonorité dans la région interscapulaire, gros râles ronflants surtout à droite et en avant ; râles humides et gros en arrière et à droite dans les 2/3 inférieurs du poumon.

Température : oscille entre 37° et 38°.

Cuti-réaction négative.

Pas d'albumine.

Augmentation de volume du foie et de la rate.

Le malade est pâle ; la peau est blanche. Quelques

petits ganglions, roulant sous le doigt dans la région inguinale.

*13 juin.* Matité à la base droite. Souffle à timbre presque tubaire à la partie moyenne du poumon droit en arrière près de la colonne vertébrale.

Albumino-réaction négative.

*15 juin.* La cuti-réaction pratiquée une deuxième fois reste négative. Le malade vomit abondamment, ce qui rend difficile l'examen des crachats.

A l'auscultation, râles sous-crépitants, sibilants et ronflants dans toute la hauteur des deux poumons, surtout à droite et au sommet. Le souffle tubaire de la région hilaire droite a disparu.

*16 juin.* Poids : 16 kilos 200.

Pas d'albumine.

*17 juin.* Respiration bronchique dans la région sous-claviculaire droite.

*19 juin.* Expectoration abondante, verdâtre. La recherche du bacille de Koch reste négative.

Actuellement, le malade est en voie d'amélioration, est plus gai, joue sur son lit. La température est normale. Cette observation nous a paru intéressante à rapporter bien qu'incomplète, car le malade est encore actuellement en traitement à l'hôpital des Enfants-Malades. Mais les résultats négatifs de la cuti-réaction et de la recherche du bacille de Koch dans les crachats, nous ont fait penser qu'il s'agissait bien d'une broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse.

## CONCLUSIONS

1° Il existe à côté de la broncho-pneumonie aiguë chez l'enfant une forme spéciale de broncho-pneumonie à évolution prolongée subaigue, traînante, dont le tableau clinique simule à s'y méprendre le tableau d'une broncho-pneumonie tuberculeuse et qui cependant ne relève pas de la tuberculose.

2° Les broncho-pneumonies tuberculeuses ont fait dans ces dernières années l'objet de nombreux travaux; et c'est de l'étude attentive de ces dernières et en particulier de leur étude anatomo-pathologique que s'est dégagée surtout la notion de l'existence de *broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses*.

De nombreux auteurs en effet ont été étonnés de constater l'absence de toute lésion tuberculeuse à l'autopsie de malades qui cliniquement semblaient des tuberculeux avérés, diagnostic qui semblait devoir être confirmé indiscutablement par l'autopsie. Or chez ces malades l'examen histologique même le

plus minutieux ne permet de constater l'existence d'aucune lésion tuberculeuse.

Il faut donc bien admettre qu'on se trouve en présence de malades qui, bien que semblant cliniquement des tuberculeux, n'en sont pas cependant ; d'où le nom de *broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses*.

3° L'étiologie de ces formes de broncho-pneumonie ne diffère pas sensiblement de celle des broncho-pneumonies banales. Elles succèdent le plus souvent aux maladies infectieuses de l'enfance, à la rougeole et à la coqueluche surtout. Toutes les causes de débilitation, maladies antérieures, tares héréditaires ou familiales, misère physiologique, rachitisme, tuberculose même, et pardessus tout, l'influence du milieu hospitalier jouent un rôle considérable dans leur pathogénie ; et peut-être même pourrait-on dire que le microbe en cause, s'il est bien l'agent réel de l'infection broncho-pulmonaire, n'est peut-être pas le facteur principal de l'évolution prolongée et de la cachexie pseudo-tuberculeuse, qui caractérisent cette forme de broncho-pneumonie.

4° Les symptômes de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, dite encore par les auteurs subaiguë, prolongée, continue, traînante et cachectisante sont les suivants : début aigu tout à fait comparable à celui d'une broncho-pneumonie aigue banale ; puis, vers le dixième ou douzième jour de

l'évolution, passage à l'état subaigu avec signes physiques se localisant en un foyer de siège quelconque, fièvre subcontinue à type intermittent ou rémittent simulant la fièvre hectique, atteinte profonde de l'état général avec amaigrissement marqué, diarrhée, albuminurie, hépatosplénomalie, troubles trophiques et même dans quelques cas déformation caractéristique des doigts, connue sous le nom de doigts hippocratiques ; tableau clinique dont l'ensemble simule à s'y méprendre le tableau de la phtisie tuberculeuse.

5° La durée de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse peut atteindre plusieurs mois. Son évolution peut-être troublée par l'apparition de complications parmi lesquelles il faut citer la pleurésie purulente et les dilatations bronchiques précoces.

Son pronostic très grave est cependant moins grave que celui de la tuberculose ; traités à temps en effet et soumis à l'influence d'une cure d'air efficace, les malades peuvent guérir.

6° L'anatomie pathologique de ces formes de broncho-pneumonie se caractérise surtout par des faits négatifs : absence de lésions tuberculeuses macro ou microscopiques, absence habituelle d'adénopathie trachéo-bronchique, absence de réaction pleurale marquée.

Les lésions observées sont celles d'une broncho-

pneumonie à évolution tendant vers la chronicité : localisation des lésions en un foyer pseudo-lobaire, carnification du parenchyme pulmonaire, dilatations bronchiques précoces.

7° Le diagnostic de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse doit être fait avec la broncho-pneumonie tuberculeuse et c'est là le point le plus délicat de la question. Cliniquement en effet les deux affections se traduisent par un tableau clinique à peu près superposable. En analysant isolément leurs symptômes, on ne peut guère trouver que quelques nuances qui les différencient. Leur évolution est la même, à part le début qui est rarement aussi aigu dans la tuberculose.

Le diagnostic de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse se fondera donc surtout sur l'absence de signes positifs de tuberculose dont les plus importants à rechercher seront : les antécédents tuberculeux et les signes cliniques généraux d'imprégnation tuberculeuse ;

la cuti-réaction à la tuberculine ;

La présence du bacille de Koch dans les crachats obtenus par difiérents procédés, en particulier par le lavage de l'estomac.

Lorsque toutes ces recherches donnent des résultats négatifs, on est en droit d'affirmer qu'on ne se trouve pas en présence d'un tuberculeux et

on doit prescrire sans tarder une thérapeutique capable d'amener dans certains cas de véritables résurrections.

---

Vu : le Président de Thèse,
MARFAN.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE


*Archives de Médecine infantile :* 1894-1911.

Balzer. — Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie. *Thèse de Paris*, 1878.

Belille. — Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie chez l'enfant. *Thèse de Bordeaux*, 1890.

Bergé. — Art. Broncho-pneumonies, *in Traité de Médecine :* Enriquez, Laffitte, Bergé, Lamy. Tome III.

Bezançon, Griffon et Philibert. — Recherche du bacille de Koch par homogénisation du caillot. Comptes rendus de la Société de biologie : 14 Janvier 1903. *in Presse médicale*, 4 Janvier 1907.

Cruchet et Lepage. — Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant ; son importance diagnotique. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance :* Déc. 1905.

Escoffier. — Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie chez l'enfant. *Thèses de Montpellier*, 1900-1901.

Garry. — Bacille de Koch dans le sang. Nouvelles méthodes de recherche des microbes dans le sang. Procédé de la sangsue. *Thèse de Lyon*, 1904.

Glennie. — Broncho-pneumonies intestinales (étude critique). *Thèse de Paris*, 1901.

Grancher et Comby. — Art. Broncho-pneumonies. *Traité des maladies de l'enfance*. Tome III.

J. Halle et Armand Delille. — Art. Broncho-pneumonies. *in La Pratique des maladies des enfants*. Tome IV.

Hutinel. — Art. broncho-pneumonies. *in Les maladies des enfants*. Tome IV.

Hutinel. — Broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses, leçon clinique, *in La Pédiatrie pratique*, 25 Janvier 1912.

Hutinel. — Complications broncho-pulmonaires de la rougeole, *in Presse médicale*, 1897.

Hutinel. — Les dilatations bronchiques chez l'enfant. *In Presse Médicale*, 1911,

Hutinel. — Diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse. *Semaine Médicale*, 1890.

Joffroy. — Des différentes formes de la broncho-pneumonie. *Thèse d'agrégation*, Paris 1880.

Legendre et Bailly. — Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez l'enfant. *Archives générales de médecine*, 4e série. Tome IV, 1844.

Lena. — Broncho-pneumonie de l'enfant. *Thèse de Montpellier*, 1897-98.

Meunier. — *Thèse de Paris*, 1898.

Meunier. — Dix cas de broncho-pneumonie à bacille de Pfeiffer. *Archives générales de médecine*, 1897 Février et Mars.

Morel. — Les broncho-pneumonies de la rougeole. *Gazette Médico-chirurgicale de Toulouse*, 1891.

Mosny. — Art. broncho-pneumonies. *In Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.* Gilbert et Thoinot, fascicule XXIX.

Mouriquand. — La broncho-pneumonie tuberculeuse. *Thèse de Lyon*, 1905-06.

Mouriquand. — Le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile d'après les données récentes. *Revue générale, Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 87.

Netter. — Art. broncho-pneumonies. In Charcot-Bouchard et Brissaud. *Traité de médecine.* Tome VI.

Nobécourt. — Rapport sur le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant par la recherche du bacille de Koch. (Comptes rendus de l'association française de pédiatrie, 1911).

Pehu. — Rapport sur les réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant (ibidem).

Renard. — Broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1891-92.
*Revue de médecine de l'enfance.*
*Revue d'hygiène et de médecine infantiles.*

Rilliet et Barthez. — Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants. *Archives générales de médecine*, 4e série T. XXVII.

Rosanthal. — Broncho-pneumonies continues d'origine intestinale. *Revue de médecine*, 1902.

ROSENTHAL. — Nouveaux cas de broncho-pneumonie continue. *Revue de médecine*, 1903.

ROSENTHAL. — Broncho-pneumonie prolongée à pneumocoques et entérocoques. *In Presse médicale*, 1908, n° 65.

ROGER. — Article broncho-pneumonie du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

SIMON. — Broncho-pneumonie infantile dans la coqueluche. — *Thèse de Paris*, 1870.

ZÉNOFF. — Complications de la coqueluche (broncho-pneumonie et tuberculose en particulier). *Thèse de Montpellier*, 1902-1903.

## TABLE DES MATIÈRES


INTRODUCTION..... 11

HISTORIQUE..... 16

CHAPITRE I. — Etiologie..... 20

CHAPITRE II. — Symptômes..... 27

CHAPITRE III. — Evolution, Pronostic, Complications..... 37

CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.... 41

CHAPITRE V. — Diagnostic..... 47

CHAPITRE VI. — Traitement..... 66

CHAPITRE VII. — Observations..... 69

CHAPITRE VIII.— Conclusions..... 87